88

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 décembre 1888, à 1 heure

Par ALPHONSE LERICHE

Né à Montargis, le 2 juin 1860.

Ancien interne des hôpitaux
(Maternité de Beaujon, hôpital Trousseau (Enfants malades)
Hôpital Saint-Louis)
Assistant de chirurgie à l'hôpital Péreire

STATISTIQUE CHIRURGICALE
DE DEUX ANNÉES A L'HOPITAL ISAAC PÉREIRE
à Levallois-Perret

Président : M. PANAS, *professeur.*

Juges : MM. { DEBOVE, *professeur.*
PEYROT, BRUN, *agrégés.* }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE
23, Rue Racine, 23

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
Clinique médicale.	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . .	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef des travaux anatomiques	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	POUCHET	RIBEMONT-DESSAIGNES
BRISSAUD	JALAGUIER	QUENU	ROBIN (Albert)
BRUN	JOFFROY	QUINQUAUD	SCHWARTZ
BUDIN	KIRMISSON	RAYMOND	SEGOND
CAMPENON	LANDOUZY	RECLUS	TROISIER
CHAUFFARD	MAYGRIER		VILLEJEAN
DEJERINE			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU

Professeur agrégé de la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux

MON CHER MAÎTRE

C'est à vous que je dois ce que j'ai appris, et, depuis des années, vous avez été mon seul recours dans des embarras de toutes sortes. Je n'ose pas vous dédier ceci, mais permettez-moi de vous offrir, une fois de plus, le témoignage respectueux d'une reconnaissance et d'un dévouement qui ne suffiront jamais à m'acquitter.

ALPHONSE LERICHE.

STATISTIQUE CHIRURGICALE

DE DEUX ANNÉES A L'HOPITAL ISAAC PÉREIRE

à Levallois-Perret

INTRODUCTION

Voici la description résumée et la statistique d'un petit service hospitalier, dirigé par M. le Dr Quénu, chirurgien des hôpitaux, à qui j'ai l'honneur de servir d'assistant depuis deux ans.

M. Gustave Péreire, dont la libéralité inépuisable et le concours éclairé réalisent tous les jours de nouveaux perfectionnements dans notre installation, me permettra d'inscrire ici son nom, comme un hommage auquel il a droit, et comme un souvenir personnel de sa constante affabilité à mon égard.

Ai-je besoin de m'excuser sur la pauvreté de mon sujet? Si le retentissement des travaux de Pasteur et des applications de Lister ont répandu partout les théories antiseptiques, leur pratique journalière n'est pas encore si banale, que la description d'un service, où on a cherché à la réaliser, soit dénuée de toute espèce d'intérêt.

Notre statistique comporte, il est vrai, une quantité d'opérations peu importantes, mais elle devait être complète, pour montrer le genre d'interventions qu'on peut exécuter surtout dans un établissement de ce genre.

D'ailleurs, au point de vue antiseptique, que nous avons presque exclusivement en vue, il n'y a pas d'opérations insignifiantes.

Enfin je n'ai pas d'autre prétention que de rapporter un certain nombre de faits exacts, qui ont bien droit à leur place, si minime qu'elle soit, comme documents dans l'histoire de la transformation contemporaine de la chirurgie.

Que tous mes maîtres dans les hôpitaux veuillent bien recevoir ici l'expression de ma reconnaissance pour leurs enseignements ou leur bienveillance, et notamment MM. Huchard et Berger. Je prie surtout M. le professeur Panas, qui a bien voulu accepter la présidence de ma thèse, de croire que j'ai conservé le précieux souvenir d'un enseignement qui m'a rendu tant de services, et d'une indulgence dont j'ai eu si grand besoin. Que MM. Bourneville, Ribemont-Dessaignes, Th. Anger, d'Heilly dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne, veuillent bien me croire leur élève reconnaissant et dévoué, ainsi que mon dernier maître, M. Dujardin-Beaumetz, dont les excellentes leçons, comme, la bonté inépuisable ont trouvé en moi un admirateur de plus. Mettons à part M. E. Vidal, dont la bienveillance et l'éloquence m'ont laissé un profond souvenir.

J'ai rempli maintenant le plus agréable des devoirs. Je ne peux revenir à mon sujet sans rendre témoignage, au nom de M. Quénu et au mien, au concours empressé du personnel de l'hôpital, de son directeur, M. Ramelet, et de nos nombreux aides de bonne volonté, en particulier à M. le Dr Durand.

PREMIÈRE PARTIE

INSTALLATION HOSPITALIÈRE

La situation de l'hôpital, près de la station du chemin de fer, qui amène des malades de Paris et des stations avoisinantes, et surtout entre deux pays très peuplés d'ouvriers pauvres, Levallois et Clichy, ne pouvait être mieux choisie pour l'affluence de la clientèle. Au point de vue de l'hygiène chirurgicale, le voisinage de l'égout collecteur et de toutes sortes d'établissements insalubres, l'édification sur un sol bas et humide, tout cela, joint à la considération de notre statistique, nous semble une vérification, non dépourvue d'intérêt, des travaux modernes, et des enseignements de notre excellent maître, M. Dujardin-Beaumetz, qui nous ont appris à faire bon marché de l'influence de l'air sur les résultats de la chirurgie.

Nous signalerons seulement, au même point de vue, les consultations de maladies des oreilles, des yeux, du larynx, du nez, des dents, la consultation de maladies des enfants, réunies dans le même établissement, et nous ne nous occuperons que du service chirurgical.

Celui-ci fonctionne d'une façon spéciale, qu'il est indispensable d'indiquer d'abord, caractérisée principalement par l'absence de personnel médical à demeure. Il y a : 1° une séance de consultation toutes les semaines on n'y prati-

que que les interventions urgentes, presque toujours des ouvertures de phlegmons et d'abcès, et on y recrute, par le système des rendez-vous,des malades à opérer ;— 2° une séance d'opérations tous les quinze jours. Le chirurgien vient quatre autres fois par mois (pour la consultation des maladies des oreilles). Tout cela fait dix jours de présence par mois, espacés de façon que le chirurgien voit ses opérés tous les trois jours, le plus souvent par le système des rendez-vous.

En effet, l'hospitalisation post-opératoire ne se fait guère que pour les interventions graves, ou pour celles qui nécessitent absolument un repos immédiat au lit, comme les opérations gynécologiques; encore est-elle bornée au temps strictement nécessaire, non toujours au rétablissement des malades, mais à la possibilité de leur transport.

L'hospitalisation pré-opératoire, encore moins fréquente et moins longue, n'excède pas un ou deux jours, et ne se fait que pour les opérations exigeant une préparation particulièrement soigneuse du malade au point de vue antiseptique.

Le système est donc caractérisé : 1° par la présence intermittente du personnel chirurgical (il n'y en a pas en dehors des dix jours de visite par mois) ; 2° par la réduction au minimum possible des opérés hospitalisés, et de la durée de leur séjour, ce qui s'explique suffisamment par la non-gratuité du séjour, et le nombre limité des lits, qui sont souvent retenus longtemps à l'avance.

Si d'une part, ce système élimine à peu près les opérations d'urgence, peu favorables à la statistique, et réduit beaucoup le nombre des autres grandes opérations,

d'autre part, il nécessite, pour son bon fonctionnement, des précautions antiseptiques et hémostatiques toutes spéciales. Les religieuses doivent prévenir le chirurgien si la température d'un opéré dépasse 38° (ce qui n'est jamais arrivé qu'une fois depuis deux ans) ou s'il se produit quelque phénomène inquiétant. Il est presque inutile d'ajouter que, outre toutes les précautions prises, des visites spéciales ont encore été faites toutes les fois que cela a été jugé utile pour les malades, mais elles ne rentrent pas dans le fonctionnement normal de l'établissement.

L'installation proprement dite se compose :

1° d'une *salle de consultation* (commune avec les consultations d'oreilles et d'enfants, qui se font d'autres jours) ;

2° d'une *petite salle* attenante à celle-ci, et destinée à la consultation gynécologique, à l'application des appareils, et aux ouvertures de phlegmons et d'abcès ;

3° d'une *salle d'opérations*, dépourvue de toute communauté et fermée constamment en dehors des séances ;

4° au premier étage, de chambres de malades, à un et deux lits, et d'une petite *salle d'opérations gynécologiques.*

Les deux dernières salles nous occuperont surtout, ayant seules trait à notre statistique.

SALLE D'OPÉRATIONS

La salle d'opérations est précédée d'un *vestibule*, dans lequel les malades se déshabillent.

Les murs sont garnis de lave et le plancher est dallé ; un écoulement est assuré aux liquides ; dispositions qui permettent de pratiquer des lavages à grande eau, avec une lance d'arrosage ; ces lavages sont faits après chaque séance.

Le jour vient du plafond vitré, et d'une des parois, percée de trois grandes fenêtres. En outre, on dispose d'un éclairage électrique intense, qui permet de terminer dans de bonnes conditions les séances des après-midi d'hiver.

Le chauffage est assuré par un appareil à circulation d'eau chaude dans toute la maison ; de plus, un poêle à gaz puissant permet d'élever rapidement et à volonté la température.

La ventilation est constituée par un appel d'air chaud pratiqué au plafond ; une disposition ingénieuse permet la sortie de l'air chaud, en s'opposant à la chute des poussières de l'extérieur dans la salle. En outre, les vitres supérieures des fenêtres sont doubles, l'extérieure perforée, l'intérieure s'ouvrant à volonté, disposition permettant le renouvellement de l'air, sans établir un courant sensible.

Deux lavabos, à prise d'eau permanente, sont établis dans la salle, ainsi qu'une prise d'électricité pour le galvano-cautère.

Le *mobilier* est composé ainsi qu'il suit :

D'abord le *poële à gaz* qui donne de *l'eau chaude*, et un *chauffe linge*.

Des *tables* garnies de lave ou de verre servent à déposer les bocaux à pansement et les bassins.

La *vitrine* se trouve également dans la salle d'opération.

La *table d'opération* est une simple table rectangulaire de 0 m. 80 de hauteur sur 0 m. 70 de largeur, et 2 m. de longueur surmontée de deux coussins de crin dur, de 0 m. 10 d'épaisseur qui se mettent bout à bout. On élève ou on abaisse la tête du malade en mettant, ou en retirant, un oreiller de toile cirée.

Un grand *pulvérisateur* sert à remplir à profusion la salle de vapeurs phéniquées *avant* la séance d'opération ; mais la pulvérisation n'est jamais faite *pendant* les opérations.

Les *matières en contact avec la plaie* sont, outre les instruments, dont nous parlerons ensuite :

1° Les fils à suture et à ligature, les drains, les tampons-éponges, et les compresses destinées à environner, ou à recouvrir quelquefois, le champ opératoire ; 2° les pansements proprement dits ; 3° les solutions.

Les *fils de catgut* sont achetés, tout préparés, mais retirés des flacons d'huile phéniquée et conservés dans la solution de sublimé à 1/1000. Les *fils de soie* sont bouillis et conservés également dans le sublimé, enroulés sur des bobines de verre, dans des flacons entièrement en verre, y compris le bouchon ajusté à l'émeri ; cette pré-

paration est faite par le chirurgien. Les crins de Florence et les drains sont conservés de même, mais ne sont pas bouillis, sauf pour les opérations graves. Jusqu'ici, nous n'avons employé que des drains de caoutchouc rouge, exceptionnellement le drainage en faisceau de catgut ou de crins de Florence.

M. Quénu ne se sert pas d'éponges. Les *tampons*, pour les petites opérations, sont préparés avec de l'ouate phéniquée, par une religieuse, toujours la même, ayant reçu les instructions nécessaires sur l'antisepsie de ses mains. Pour les opérations plus sérieuses, on enveloppe ces mêmes tampons d'une feuille de gaze, suivant le procédé employé à l'hôpital Bichat par M. Terrier, et dans divers hôpitaux, notamment l'hôpital Alexandre à Saint Pétersbourg; on ne s'en sert pas avant de les avoir plongés plusieurs minutes dans l'eau bouillante.

Les *compresses*, les unes de gaze, les autres de toile, sont toujours plongées un certain temps dans l'eau bouillante, puis retirées et trempées dans le sublimé à 1/1000.

Les *pansements proprement dits* comprennent : la gaze iodoformée, préparée par le chirurgien en trempant de la gaze, bouillie et séchée, dans l'éther iodoformé, et la faisant sécher de nouveau le plus rapidement possible; il faut se servir de gaze *écrue*, pour éviter la formation d'iodure d'amidon ;

L'*ouate iodoformée*, préparée également par le chirurgien, avec de l'ouate phéniquée, qu'on imprègne de poudre d'iodoforme mêlée à une infiniment petite quantité de glycérine ;

L'*ouate au salol*, préparée aussi par le chirurgien à l'aide d'une solution éthérée ;

L'*ouate phéniquée*, la *gutta-percha laminée*, qui recouvrent les pansements, et les bandes de tarlatane, sont utilisées telles qu'on les trouve dans le commerce ; les bandes imprégnées d'eau tiède ordinaire.

Toutes ces substances à pansement sont conservées dans des bocaux de verre lavés à l'eau bouillante, puis à la solution de sublimé à 1/1000, et fermés par des couvercles métalliques qui s'engagent à frottement.

Les solutions sont faites avec l'eau d'un filtre Chamberland. Nous ne nous servons que de cinq : les deux solutions phéniquées de Lister, à 1/40 et à 1/20, la solution d'acide borique à 4/100, la solution de sublimé à 1/1000, et la solution modificatrice de chlorure de zinc à 1/10.

Il reste à parler des *bassins* et des *instruments*

Les bassins sont de deux sortes : des cuvettes de verre qui ne contiennent jamais que les solutions et les tampons-éponges pendant les opérations, des bassins de métal et de gutta-percha qui sont destinés à recevoir les liquides des tumeurs, le pus et les pièces. L'absence de toute ressemblance entre ces deux ordres de bassins ne permet pas la confusion. En outre, il y a un grand et un petit bassin métalliques (cuivre), facilement reconnaissables, qui ne servent qu'à contenir les instruments pendant les opérations.

Entre chaque opération, les instruments, nettoyés dans l'alcool, sont plongés ensuite dans la solution phéniquée forte, pour les petites opérations. Pour les opérations un peu plus sérieuses, on les plonge dans l'eau en ébulli-

tion avant de les mettre dans la solution phéniquée. Je crois que des manches d'instruments entièrement en métal, comme on s'en sert dans certains services allemands et russes, valent infiniment mieux à ce point de vue que les manches de bois, à cause de leur inaltérabilité à la chaleur humide ou sèche, et de la plus grande perfection de leur nettoyage.

De plus, une étuve actuellement en construction, nous permettra une stérilisation plus sûre et beaucoup plus facile.

SALLE D'OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUE

La petite salle d'opérations gynécologiques est une chambre ordinaire, dont le parquet a été mastiqué et peint à l'huile. Elle contient un lit d'Emmet modifié par Doléris, et un grand bassin, dit bain de pieds, qu'on place au pied du lit d'opérations. Le lit est recouvert d'une toile caoutchouquée, qui retombe au devant de lui, en formant une sorte de gouttière qui conduit les liquides jusque dans le bassin. Les irrigations sont faites avec le laveur de Waseige adapté à un flacon de 5 litres 1/2.

Les instruments sont montés de la grande salle d'opérations dans des bassins métalliques remplis de solution phéniquée forte; les fils, tampons et objets de pansement sont préparés et conservés ainsi qu'il a été dit plus haut.

SALLES DE CONSULTATIONS, D'OUVERTURES D'ABCÈS. MATÉRIEL ENTIÈREMENT DISTINCT DU MATÉRIEL CI-DESSUS.

De celles-ci, peu de choses nous intéressent. Nous dirons seulement qu'elles offrent une prise d'électricité pour le galvano-cautère.

Comme mobilier, on y trouve, outre un lit d'opérations, disposé pour servir de lit-spéculum, des bocaux à pansement (gaze iodoformée, ouate hydrophile et phéniquée, compresses boriquées et phéniquées... etc.), les instruments nécessaires, qui plongent, tout le temps des séances, dans l'eau phéniquée forte, et des bassins, de verre pour solutions, de gutta-percha et de métal pour le pus et les produits morbides.

Enfin, et surtout, la remarque la plus importante à faire, c'est que ce dernier matériel de pansements et d'instruments, destiné au traitement des phlegmons et abcès, à la consultation, est *entièrement distinct du* matériel de la salle d'opérations, avec lequel il n'a même pas de rapports de voisinage.

DEUXIÈME PARTIE

STATISTIQUE CHIRURGICALE

ANESTHÉSIE, GÉNÉRALITÉS SUR LE MODE OPÉRATOIRE

L'anesthésie locale a été pratiquée d'une façon relativement rare. Nous n'avons employé dans ce but que les pulvérisations d'éther.

Au contraire, M. Quénu emploie volontiers l'anesthésie générale. Nous nous sommes toujours servis, excepté au début, de chloroforme spécialisé qui, vérifié à plusieurs reprises, s'est montré aussi pur que possible.

Les malades doivent être à jeun depuis quatre à cinq heures, et avoir peu mangé à leur dernier repas.

Nous n'avons employé que le procédé de la compresse. Le mode d'administration a consisté à donner très peu de chloroforme au commencement, en tenant la compresse très éloignée du visage ; à augmenter rapidement la quantité dès le début de l'agitation, en ne laissant passer d'air *qu'à travers* la compresse et à continuer ainsi jusqu'à résolution. Alors la quantité est diminuée, mais le malade est maintenu dans la résolution complète jusqu'à la fin des sutures, et souvent, s'il s'agit d'un enfant, jusqu'à ce que le pansement soit terminé.

Pour les enfants, au-dessous de 10 à 12 ans, nous nous sommes servis le plus souvent du procédé de Sayre et de M. de Saint-Germain, qui supprime totalement ou à peu près la période d'agitation.

En somme, sur près de 200 administrations de chloroforme, nous n'avons pas eu d'accident à proprement parler, puisque jamais on n'a eu à faire la respiration artificielle, même pendant quelques secondes.

Sur ce nombre il y a 8 enfants au-dessous de 2 ans, le plus jeune avait 9 mois; — 51 enfants au-dessous de 15 ans; — l'âge des autres malades varie entre 15 et 70 ans.

Quelques règles générales ont présidé à toutes les opérations.

1° *Chaleur du malade.* Les précautions prises pour éviter les refroidissements consistent dans le maintien d'une température élevée dans la salle d'opérations — 19° à 20° et jusqu'à 22° — dans l'enveloppement du tronc et des membres, à l'exception de la région opératoire, par des pièces de feutre qu'on fait chauffer.

2° *Antisepsie de la région opératoire.* Après avoir rasé: lavage à l'eau chaude, avec la brosse et le savon, puis avec de l'éther, et enfin une solution de sublimé ou la solution phéniquée forte. Pour les opérations donnant lieu à des solutions de continuité étendues, ou portant sur des séreuses ou sur les régions spécialement difficiles à stériliser, comme le cuir chevelu, l'aisselle, le périnée, le traitement pré-opératoire ci-dessus est fait plusieurs jours à l'avance et la région recouverte, jusqu'à l'opération, d'un pansement antiseptique. Pendant l'opération, le champ est environné de compresses stérilisées. A la fin on fait généralement couler un peu de solution antiseptique sur la plaie, on sèche avec des tampons avant le pansement. Mais la plaie n'est lavée au cours de l'opération, que si des produits pathologi-

ques — pus, matière sébacée ou tuberculeuse — viennent à la souiller.

3° *Antisepsie du chirurgien et des aides.* Les avant-bras sont nus, les mains soigneusement lavées à la brosse et au savon, les ongles minutieusement nettoyés, puis on trempe les mains dans la solution de sublimé à 1/1000, on les y remet de temps en temps au cours de l'opération, même si aucune faute n'est commise, à plus forte raison évidemment chaque fois que la main aura touché par accident un objet non stérilisé.

4° M. Quénu réduit *au minimum le nombre et le rôle des aides*, et les fait contribuer le moins directement possible à l'opération : il éponge à peu près toujours lui-même; les bassins aux instruments, et les cuvettes contenant solutions, tampons et compresses sont placées sur une série de petites tables roulantes, ce qui lui permet de les avoir toujours à sa portée, de prendre et de remettre en place lui-même la plupart du temps les objets dont il se sert. De même pour les fils à suture et à ligature, et pour les pièces de pansement. Tous ces objets sont tirés des bocaux en quantité suffisante au fur et à mesure du besoin, autant que possible pas avec les doigts, mais avec des pinces stérilisées.

5° L'*hémostase*. L'hémostase est l'objet de soins extrêmement minutieux, nous en avons déjà dit les raisons ; ajoutons que les ligatures, comme les sutures perdues, sont faites indifféremment avec de la soie ou du catgut.

6° *Réunion immédiate*. La réunion immédiate est faite, toutes les fois qu'elle se peut, et dans toute l'étendue possible ; elle ne reconnaît pour contre-indication que

l'impossibilité matérielle de rapprocher les bords de la plaie, à cause de l'étendue de la perte de substance ; encore M. Quénu fait-il alors, autant que possible, des autoplasties immédiates par glissement, de façon à recouvrir de suite tout, ou au moins, partie de la plaie. Les points de suture sont multipliés et les bords très minutieusement affrontés. Quand le délabrement opératoire a créé une cavité un peu considérable, elle est en général effacée par quelques point de sutures profondes, ou, si elle est intra-musculaire, par des sutures perdues.

7° Le *drainage* est constamment fait, sauf pour les plaies très petites ; ablation complète du drain, au premier ou au second pansement.

8° La plupart de nos *pansements*, sont composés de gaze iodoformée, d'ouate phéniquée, d'un morceau de gutta-percha laminée, d'une bande de tarlatane et très souvent, par-dessus, d'une couche d'ouate ordinaire, dépassant les deux extrémités du pansement et fixée par une nouvelle bande de tarlatane. Tel est le mode de pansement ordinaire. La feuille imperméable, souvent moins étendue que le reste de l'ouate phéniquée du pansement, est surtout destinée à le protéger plus efficacement contre la pénétration des poussières et l'infection de la partie externe ; mais elle n'est considérée que comme un accessoire, et n'a pas rôle de occlusif, à proprement parler.

Ajoutons que ces pansements, qui doivent résister à des transports souvent éloignés et accidentés, n'être pas revus pendant plusieurs jours, sont l'objet de soins particuliers au point de vue de leur solidité, et dépassent très largement la plaie opératoire. Ainsi, les pansements du

cou embrassent toujours le thorax ou la tête, ou même les deux ; les pansements thoraciques descendent très bas et passent, en haut, sur les deux épaules ; ceux des membres comprennent toujours, au moins, une des articulations contiguës au segment opéré.

Nous passons sous silence les ouvertures de phlegmons et d'abcès, de furoncles et d'anthrax (1).

Le reste peut être divisé comme il suit :

1° *Opérations primitives, pour traumatismes*, dont nous éliminerons, comme peu intéressantes, les sutures;

2° *Opérations pour des tumeurs diverses et des corps étrangers*, en laissant de côté l'électrolyse et l'ignipuncture galvanique employées contre quelques tumeurs, et de très nombreuses hypertrophies amygdaliennes, traitées par le galvanocautère ;

3° *Opérations pour tuberculoses des parties molles;*

4° *Opérations pour affections osseuses et articulaires* (tuberculeuses et autres) ; ici, nous éliminons les redresements articulaires ;

5° *Opérations sur les tendons et les gaînes synoviales ;*

6° *Cures radicales de hernies ;*

1. Le mode de traitement des furoncles et des anthrax a été le suivant : pour les petits furoncles, une ponction centrale profonde au galvanocautère ; pour les gros furoncles et les anthrax, incision cruciale au galvano, ou au thermocautère, et ignipuncture entre les branches des incisions. Pansement humide : compresses phéniquées. Une vingtaine de furoncles et anthrax, traités ainsi, ont guéri rapidement. Nous avons eu également quatre cas de folliculites agminées, trois chez des palefreniers : guérison obtenue par scarifications ponctuées, et pansement humide au sublimé.

7° *Opérations sur l'anus et les voies génito-urinaires de l'homme;*

8° *Opérations gynécologiques;*

9° *Opérations diverses.*

OPÉRATIONS PRIMITIVES POUR TRAUMATISMES.

Trépanation du crâne. — Large plaie médiane du front, avec fracture esquilleuse du frontal, par explosion de machine à vapeur. Le malade arrive immédiatement. On voit les méninges au fond de la plaie. Ablation des esquilles, lavage au sublimé, suture des téguments et drainage. Entré à Beaujon, faute de ressources, il y a guéri rapidement, sans incident. C'est la seule grande opération pour traumatisme, c'est également le seul de nos malades qui soit entré à l'hôpital (1).

Amputation de l'index. — Fille, 17 ans, écrasement de l'index; amputation le même jour, suture et drainage: réunion immédiate, complète.

ABLATIONS DE TUMEURS ET DE CORPS ÉTRANGERS KYSTES.

Kystes sébacés. — Toujours extirpation au bistouri. Quand le kyste est enflammé et adhérent, au lieu de chercher à l'énucléer, on excise un peu des parties ambiantes, ce qui a permis de faire, dans tous les cas, la réunion immédiate et complète, sans drainage. Pour le cuir che-

1. Présenté à la Société de chirurgie, dans la séance du 10 juillet 1888.

velu, on fait raser et savonner la tête du malade avant le jour de l'opération, et, autant que possible, on lui fait porter, plusieurs jours à l'avance, un pansement boriqué. — 24 extirpations, dont plusieurs cas de loupes multiples (une fois 9, une autre fois 15 sur le même malade). 23 réunions immédiates et complètes ; dans 1 seul cas, il y a eu un peu de suppuration et désunion de 2 points de suture : ce malade avait été rasé très incomplètement, et lavé seulement au moment de l'opération. Il semblerait puéril d'insister sur ces ablations de kystes sébacés, si on n'assistait, aujourd'hui encore, de temps en temps, aux conséquences déplorables d'un léger manque de précautions.

Kystes congénitaux. — 5, dont 4 du sourcil, et 1 de la fosse temporale. Extirpation. Réunion immédiate dans tous les cas. Un seul a été drainé, celui de la fosse temporale, qui était volumineux : drain retiré le troisième jour.

Othématome. — 1. Ponction et compression infructueuses. Excision et grattage ; réunion immédiate obtenue sans drainage.

Grenouillettes sublinguales. — 2. Excision d'un pli de muqueuse et cautérisation au nitrate d'argent. Collutoire boraté. Guérison rapide.

Kyste radiculaire. — 1. Extirpation de la racine, et bourrage du kyste avec de la gaze iodoformée, guérison rapide.

Kystes synoviaux. — Procédé : extirpation complète, si possible ; si le kyste s'enfonce trop profondément, excision de la plus grande partie, et grattage de la partie restante, suture ; drainage, le plus souvent. 12 kystes :

11 du poignet, et 1 du doigt médius, 11 réunions immédiates, complètes ; une désunion partielle, avec suppuration au niveau du trajet du drain : la pulvérisation avait été faite avec de l'éther contenant, par accident, des matières organiques en dissolution.

Hygromas prérotuliens. — Extirpation complète, suture avec drainage. — 3 cas. Un de ces hygromas, d'un volume énorme, était tapissé, à l'intérieur, de petits corps étrangers pédiculés. Aucun des trois n'était suppuré. 3 réunions immédiates, complètes.

Kystes hydatiques. — Traités par extirpation complète de la poche, réunion et drainage. Un kyste suppuré de biceps brachial. Le second, non suppuré, est un énorme kyste hydatique du moyen adducteur. Après extirpation, suture musculaire et suture superficielle. La poche sans liquide pesait 1500 grammes. Deux cas, deux réunions immédiates, complètes.

TUMEURS SOLIDES.

Papillomes. — 2 cautérisations au thermocautère ; 18 excisions suivies de suture, réunion sans drainage obtenue dans les 18 cas. Une seule récidive : il s'agit d'un ongle développé sur un pied anormal dépourvu d'orteil, et qui a été excisé deux fois. En somme 20 cas, 20 guérisons sans suppuration.

Épithéliomas. Tête et cou : 12. — Excision au bistouri, suture autant que possible, pas de drainage pour la tête, drainage pour les extirpations de ganglions. Une fois, extirpation du ganglion sous-maxillaire adhérent ; une autre fois,

extirpation de la glande et des ganglions sous-maxillaires pour récidive ; 3 cas d'autoplastie immédiate par glissement. 10 réunions immédiates complètes, parmi lesquelles les deux ouvertures de la loge sous-maxillaire. 2 cas où la réunion n'a pu être faite à cause de l'étendue de la plaie ; guérison sans suppuration.

Epithélioma endocanaliculaire du sein : 1. — Amputation du sein, suture et drainage. Réunion immédiate complète.

Carcinome : 1. — Il s'agit d'une récidive de carcinome du sein, dans la cicatrice. Excision, suture, drainage. Réunion immédiate complète.

Adénômes (du sein). — Extirpation, réunion immédiate obtenue avec drainage. 3 cas, dont un bilatéral.

Sarcômes : 3.— *a. Sarcôme du bord alvéolaire* du maxillaire supérieur. Résection du bord alvéolaire.— *b. Sarcôme des ganglions axillaires.* Homme de 47 ans : tumeur de la nuque avec ganglions axillaires. Première ablation faite ailleurs. Récidive : sous forme d'énormes ganglions axillaires, curage de l'aisselle, suture et drainage, réunion immédiate complète. — *c. Sarcôme mélanique* de la peau de la région temporale. Homme de soixante-dix ans. Guérison sans suppuration. La réunion immédiate n'avait pu être faite à cause de l'étendue de la plaie. En somme : 3 guérisons, dont deux, sans suppuration.

Fibrome du cuir chevelu. Extirpation, réunion immédiate, sans drainage. Un cas.

Fibro-myxôme de la peau de la jambe. Excision, suture. Hospitalisé dans une chambre neuve, ce malade eut un érysipèle de la face et fut transféré à l'hôpital de Bon-

Secours (service de M. Lancereaux). Réunion complète par première intention; guérison de l'érysipèle. (Renseignements fournis par M. le Dr Durand).

Lipômes. -- Un petit (bras), un moyen (dos), un gros, (partie supéro-interne de la cuisse). Énucléation, suture ; drainage seulement pour les deux derniers. En résumé trois cas, trois réunions immédiates, complètes.

Névrômes. — Extirpation suivie de suture. Dans un cas elle a nécessité la résection du nerf médian suivie de suture nerveuse; drainage dans ce cas seulement. Trois cas. Trois réunions immédiates complètes. Quant au résultat de la suture nerveuse, les fonctions ne sont pas recouvrées au bout de six mois.

Chondrôme. — Un chondrôme de la tête de l'humérus, d'un volume énorme, datant de douze à quinze mois.

Homme de 36 ans. Désarticulation de l'épaule, suture et drainage. Réunion immédiate, sauf la place du drain. Cicatrisation complète, le dix-septième jour.

Corps étranger du genou: 1.— Arthrotomie. Corps étranger volumineux et pédiculé, de nature fibro-graisseuse. Extraction, suture en étage, fermeture de la synoniale, sans lavage articulaire, drainage superficiel : réunion immédiate complète. Légère hydarthrose ayant disparu quelque temps après.

Exostose sous-onguéale. — Excision et grattage du point d'implantation. Guérison sans suppuration.

Extraction secondaire de balle de revolver.— Épaule. Un cas. Guérison.

Excision de cicatrice difforme du doigt. Un cas, réunion immédiate.

Enfin, nous ajoutons une *extirpation de ganglions axillaires pour adénite aiguë suppurée.* Après avoir ouvert l'abcès intra-ganglionnaire, on trouva, au voisinage, des ganglions durs et encore mobiles. Le tout fut extirpé; suture avec drainage de quelques jours, comme d'habitude. Réunion immédiate complète.

OPÉRATIONS POUR TUBERCULOSES DES PARTIES MOLLES.

Tuberculoses cutanées. — Grattage et réunion, autant que le permet l'étendue de la perte de substance. 4 cas, dont une tuberculose anatomique. Guérison sans suppuration.

Abcès tuberculeux. — Rarement on a pratiqué l'extirpation de la poche. La plupart du temps, on a employé le procédé suivant : incision de la poche dans presque toute l'étendue d'un de ses diamètres; quand il est nécessaire, incision en T, ou cruciale, pour mettre à découvert toutes les anfractosités; grattage minutieux, entrecoupé de lavages à la solution phéniquée forte; ablation des portions de peau profondément altérées. A la fin, imprégnation avec la solution de chlorure de zinc. Suture superficielle, rarement profonde, et drainage. 35 cas, dont 5 d'abcès multiples en différentes régions du corps. Résultats: 28 réunions immédiates complètes. Il est à remarquer que, dans au moins 3 de ces cas, la peau, quoique rouge et amincie, a été respectée et suturée : les jours suivants, elle a repris graduellement tous ses caractères normaux, et la réunion s'est faite sans encombre. — 7 cas

où la réunion a manqué plus ou moins complètement ; ces 7 malades n'ont jamais eu de phénomènes inflammatoires, mais ont guéri après une suppuration plus ou moins longue.

Quant à l'influence sur la santé générale, sur nos 35 malades, nous n'avons observé aucun cas de généralisation tuberculeuse, et tous ces malades ont été, ou sont revus, soit par nous, soit par leurs médecins, qui veulent bien nous communiquer tous les renseignements intéressants les concernant. Ceci n'est pas dit pour nier l'infection tuberculeuse consécutive aux opérations sur des tuberculoses locales. Nous pourrions en citer, entre autres, un cas observé, en 1885, par M. Quénu à l'hôpital Beaujon, et dont l'observation m'a été communiquée par mon cher collègue et ami Demars.

Il s'agit d'un homme sans antécédents morbides personnels, porteur d'un hygroma à grains riziformes du genou : grattage, réunion ; quelque temps plus tard, abcès tuberculeux de l'avant-bras, grattage et réunion ; six mois plus tard, hémoptysies et signes évidents de tuberculose pulmonaire à marche rapide, mort.

Assurément, s'il y a danger de généralisation, les grattages très complets, accompagnés et suivis de lavage avec des solutions antiseptiques puissantes, y exposent moins que les opérations incomplètes et faites dans de mauvaises conditions de propreté. C'est tout ce que nous en pouvons dire, pour ne pas tenter de porter un jugement sur une des plus graves questions qui se débattent actuellement.

Extirpation de ganglions tuberculeux. — Un cas con-

cerne un ganglion sous-maxillaire enlevé par la voie buccale : suture de la muqueuse buccale. Cette ablation, assez malaisée, donna lieu à quelques phénomènes de rétention des liquides dans la cavité : douleurs et malaise ; on fut obligé de désunir et de faire un lavage, mais la guérison fut, en somme, très rapide. Dans les 9 autres cas, suture de la plaie cutanée et drainage. — En somme 10 cas, 9 réunions immédiates complètes, 1 guérison après un peu de suppuration (le cas que nous venons de relater).

OPÉRATIONS POUR TUBERCULOSES OSSEUSES.

Les mêmes règles ont présidé aux opérations partielles pour les tuberculoses osseuses, que pour les tuberculoses des parties molles. Large mise à découvert des parties malades, évidement jusqu'à la rencontre du tissu sain, grattage concomitant des parties molles avoisinantes, lavage au chlorure de zinc ; suture ou non des parties molles et drainage de la cavité. La suture et ses résultats ont été notés pour chaque malade. L'absence de mention spéciale indique qu'elle n'a pas été faite. Quant à la cavité osseuse, jamais elle n'a suppuré les dix premiers jours ; mais il est plusieurs fois arrivé que les derniers pansements, faits moins soigneusement, s'accompagnent d'une légère suppuration ; aussi, la mention « guérison » signifie soit sans suppuration, soit avec légère suppuration à la fin.

Main : quatre cas. — *a.)* garcon, cinq ans. Tuberculose métacarpienne, grattage et imprégnation d'éther iodo-

formé. Guérison. *b.*) fille, quatre ans ; phalange. Grattage ; guérison. *c.*) garçon, quinze mois ; phalange. Grattage ; guérison. *d.*) fille, cinq ans ; phalange. Grattage ; il n'y a que quinze jours, état satisfaisant ; pas de suppuration jusqu'à présent. — Trois guérisons, un en voie de guérison.

Tête : trois cas. — *a*). Fille, seize ans, *carie mastoïdienne.* Otorrhée de longue date, polypes de la caisse, carie mastoïdienne, paralysie faciale, accidents cérébraux (délire maniaque). Évidement et curage. Amélioration ; les phénomènes cérébraux ont disparu rapidement. Aujourd'hui (il y a dix mois de l'opération), fistule mastoïdienne fermée, écoulement d'oreille tari, la paralysie faciale et la surdité persistent.

b). Femme, trente ans. *Carie des os propres du nez* et de l'apophyse montante, avec fongosités ayant déterminé des symptômes de tumeur lacrymale. Grattage des fongosités et extirpation incomplète des os propres du nez, par incision dorsale : guérison complète sans suppuration.

c). Garçon, dix-sept ans et demi. Fistule du dos du nez, se dirigeant très profondément vers la cloison ; grattage, suture ; la fistule a bientôt reparu. Après un second grattage, réunion immédiate.

Trois guérisons.

Côtes et sternum : 5 cas. *a.* — Homme, 60 ans. *Carie costale.* Premier curage, résultat incomplet ; deuxième opération, 10 mois plus tard. Guérison.

b. — Femme, 46 ans. *Gros abcès de la région mammaire gauche, d'origine sternale.* Premier curage et réunion : bientôt, nouvelles fistules. Deuxième curage, 7 mois plus tard, drainage permanent. Guérison.

c. — Homme, 26 ans. *Carie costale.* Abcès froid sus-diaphragmatique ; excision de la poche, grattage de la côte, suture, drainage. Guérison.

d. — Femme, 43 ans. *Abcès tuberculeux d'origine sternale.* Mauvais état général ; grattage, réunion. Guérison. (Elle avait probablement donné lieu à une erreur de diagnostic intéressante : amputée de la mamelle par un chirurgien ayant diagnostiqué un carcirnôme?)

e. — Fille 21 ans. *Abcès tuberculeux de la dixième côte droite.* Résection partielle et grattage : réunion immédiate complète.

5 guérisons. Il est à remarquer que ces malades, sans avoir des phénomènes nets de tuberculose pulmonaire, étaient en mauvais état de santé, sauf une des femmes.

Omoplate 2 cas. — *a*). — Fille, 22 ans. *Abcès froid sous-claviculaire, avec lésion du bord spinal de l'omoplate.* Grattage et drainage. Guérison rapide.

b). — Fille 16 ans 1/2. *Abcès tuberculeux de l'aisselle, émanant de l'apophyse coracoïde.* Excision incomplète, ouverture du creux axillaire. Drainage ; réunion immédiate obtenue. — 2 guérisons.

Membres. 6 cas. *a*). — Fille, 3 ans 1/2 ; *carie du tibia.* Évidement, pas de suture. Guérison.

b). — Homme, 24 ans. *Ostéo-périostite tuberculeuse du tibia.* Évidement, suture en étage du périoste et des téguments, drainage. La réunion a échoué, mais sans accidents fébriles. Guérison.

c). — Fille, 4 mois. *Tuberculose de l'extrémité inférieure du tibia, revêtant la forme de spina-ventosa.* Incision : boursoufflement de l'os qu'on gratte superficiellement.

Pas de suture. Le gonflement osseux reste stationnnaire longtemps ; la plaie se ferme au bout de 2 mois 1/2.

d). — Fille, 20 ans. *Tuberculose du grand trochanter*, fistules multiples. Large incision externe courbe, grattage des trajets et de l'os, réunion et drainage. Premier pansement, le troisième jour, tout est en très bon état. Le sixième jour, température axillaire, le soir, 39°,6 ; rougeur lymphangitique de la région trochantérienne, écoulement d'un peu de pus par le drain ; pansement : compresses phéniquées humides, renouvelées matin et soir.

7e jour,	t. axill.	m. 37°,5	s. 38°,8
8e	—	m. 38°,9	s. 37°,5
9e	—	m. 39°,	s. 39°,4
10e	—	m. 37°,	s. 38°,
11e	—	m. 38°,	s. 37°,7
12e	—	m. 37°,	s. 37°,7
13e	—	m. 37°,	s. 39°,8

De nouveau, rougeur légère des bords de la suture (qui a tenu jusqu'à présent). La malade s'est promenée et a eu froid. A partir de ce jour, température normale. Malgré cet accident, la réunion de *toute l'incision* cutanée est obtenue, sauf la place du drain. La malade a été mise dans un lit occupé quelques jours auparavant par une femme atteinte d'arthrite puerpérale avec abcès de la jambe ; et l'inoculation a dû être faite lors du premier pansement.

Résultat définitif, guérison complète, après avoir gardé deux mois un très petit trajet fistuleux à la place du drain.

e). — Garçon, de 10 ans. *Tuberculose de l'épiphyse inférieure de l'humérus, et de l'épiphyse supérieure du cubitus.* Evidement, guérison.

f. — Fille, 14 ans, *Carie du cubitus* (partie inférieure de la diaphyse). Évidement ; fistule persistante. Tuberculisation de la peau autour de la fistule ; on n'a pas accepté une nouvelle opération proposée. — 5 guérison, 1 insuccès.

OPÉRATIONS POUR OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES.

Ostéo-arthrite tuberculeuse de la première articulation métatarso-phalangienne avec lésions étendues du métatarsien. Amputation du gros orteil, avec son métatarsien. Suture et drainage. Désunion de la queue de l'incision, avec légère suppuration, réunion du reste et guérison rapide.

Tumeur blanche du tarse. — Garçon, cinq ans. Fistule. Évidement du calcanéum, de façon à ne laisser qu'une mince coque osseuse, et du cuboïde ; extraction de séquestre. Guérison sans suppuration.

Tumeur blanche du genou.— Prêtre, 26 ans. Fongosités abondantes, fistules, hémoptysies. Amputation de la cuisse, au tiers inférieur, suture et drainage. Réunion imméte complète. Le malade revu quelques mois plus tard, a un moignon parfait ; il supporte un appareil prothétique qui lui permet de se mettre à genoux. Actuellement, son état général est excellent.

Tumeur blanche du coude. — Fille de huit ans. Fistule. Incision postérieure directe et médiane. L'opération montre des altérations très avancées ; état lardacé des parties molles ; carie de l'extrémité inférieure de l'humérus qui est enlevée, sauf l'épitrochlée et l'épicondyle encore à l'état cartilagineux ; carie de l'olécrâne et de la tête du radius, qui sont également retranchées, infiltration lie de vin, prolongée de trois à quatre centimètres dans l'intérieur des diaphyses radiale, cubitale et humérale, qui sont évidées en manière de tuyau, jusqu'à la rencontre de la mœlle saine ; les parties molles de la jointure et du voisinage sont soigneusement grattées et imprégnées de solution de chlorure de zinc au 1/10. Suture de l'incision et drainage. Pansement iodoformé. Immobilisation dans la demi-flexion, au moyen d'une attelle plâtrée en 8 de chiffre, qui laisse à découvert la plaie opératoire. Suites immédiates très simples : l'enfant est remportée chez elle où elle n'a pas eu un jour de malaise. Réunion immédiate obtenue. Dix jours après l'opération, on remarque un point de suppuration superficielle. Actuellement, l'opération date d'un mois et demi et la cicatrisation est complète.

Tumeur blanche du poignet. 3 cas. a. — Fille, dix ans. Fistule sur le dos du poignet droit. Altérations assez avancées pour qu'un chirurgien distingué ait proposé l'amputation de l'avant-bras. Longue incision dorsale médiane. Peau violacée, déjà profondément altérée sur une grande partie de la face dorsale ; gaînes entièrement envahies par les fongosités ; destruction des ligaments dorsaux de l'articulation ; carie des os du carpe, du cubitus et du ra-

dius. Ablation de tout le carpe à la cuiller tranchante. Section des extrémités radiale et cubitale à trois centimètres de l'interligne du poignet ; évidement en tuyau de la diaphyse du cubitus, sur une hauteur égale. Curage soigneux des parties molles qui ne se fait pas sans difficulté, surtout dans la profondeur, et donne lieu à la section des tendons extenseurs des doigts, qui sont suturés au catgut, après grattage. Lavage à la solution phéniquée forte et au chlorure de zinc au dixième. Suture superficielle, drainage et pansement iodoformé. La main qui pend au bout des extrémités osseuses de l'avant-bras, dont elle est séparée par une distance de six centimètres, est immobilisée dans l'axe de celui-ci par une attelle plâtrée antérieure. On ne cherche pas à opérer le rapprochement, que la tonicité musculaire doit produire suffisamment. Suites immédiates très simples. Température normale. Mais la peau tuberculeuse s'ulcère au niveau des points de suture, et ce n'est qu'au bout de deux mois que la cicatrisation est complète, bien qu'il n'y ait pas eu de suppuration profonde. Actuellement l'opération date de dix-neuf mois. Il n'y a ni gonflement, ni sensibilité locale. La main exécute des mouvements bornés de flexion et d'extension sur l'avant-bras. Tous les doigts, notamment le pouce, ont conservé leur intégrité leur indépendance de mouvements, sauf la flexion des premières phalanges qui est limitée, tout en permettant à l'enfant de serrer assez fortement.

b. — Homme. Tumeur blanche du poignet droit, terminée par ankylose. Fistule récente, carie du cubitus et du radius. Grattage, guérison.

OPÉRATIONS POUR AFFECTIONS OSSEUSES NON TUBERCULEUSES (1).

Nécroses de phalanges. — Pour la phalangine, le procédé a consisté à faire, par transfixion, un grand lambeau palmaire, de façon à découvrir largement l'os malade ; résection de la partie malade, grattage des parties molles avoisinantes, suture sans drain. Pour les autres segments des doigts, extirpation des séquestres et grattage des parties suppurantes. 2 cas : une phalangine, réunion immédiate complète ; une phalange, guérison rapide sans suppuration.

Nécrose du maxillaire inférieur. 1. — Extirpation de plusieurs séquestres par les fistules extérieures ; pas de de grattage. Guérison après 6 mois.

Périostite du maxillaire inférieur. 2.— *a.* Incision et grattage. Guérison. *b.* Fistule du maxillaire inférieur. Éta-

1. Pour la mention des résultats, mêmes remarques que ci-dessus ; la suture, et ses résultats sont indiqués, quand on l'a pratiquée; le mot guérison signifie tantôt sans aucune, tantôt avec une légère suppuration vers la fin, à moins d'indication contraire.

blissement d'un trajet buccal, grattage de la fistule cutanée. Guérison.

Abcès périostique du frontal. — Incision et grattage. Suture et drainage. Réunion immédiate complète.

Ostéo-myélites du tibia. — *a*). Femme, 29 ans, forme ostéo-périostite, cause inconnue ; dénudation, pas de séquestre, incision, grattage ; réunion superficielle et drainage. Guérison sans suppuration.

b). Femme, 21 ans. Cause : fièvre typhoïde ; siège : tibia droit; lésions osseuses, allant jusqu'au canal médullaire. Évidement, sutures superficielles et drainage. Guérison sans suppuration.

c). Fille 8 ans 1/2. Cause : fièvre typhoïde ; trajet fistuleux, lésion superficielle. Évidement, sutures et drainage. Désunion partielle, mais guérison. Résultat complet.

d). Femme, 48 ans. Cause inconnue, ostéo-myélite centrale, douleurs vives, rougeur de la peau, phlegmon des parties molles. Trépanation, évidement. Suture superficielle, drain. La suture a tenu, quoique ce fût le cas où on s'y serait le moins attendu. Pas de suppuration. Guérison complète après 2 mois.

En somme, 4 cas, 4 guérisons, une seule après suppuration.

Ostéo-périostite du crâne. — Garçon, 5 ans. Consécutive à impetigo ulcéré. Grattage. Guérison rapide.

Amputations de doigt, pour suppurations chroniques avec lésions osseuses. Suture avec petit drain. 3 cas.

Amputations de phalanges, pour mêmes causes. Suture, sans drain, 6 cas.

En somme, 9 cas, 9 réunions immédiates. Pour une des amputations de doigt, très légère suppuration au niveau d'un fil.

OPÉRATIONS POUR ANKYLOSES.

Ostéotomie — Fille, 21 ans. Double coxalgie terminée par ankylose, flexion à peu près à angle droit sur le bassin; adduction qui fait croiser les genoux. Marche extrêmement pénible. Ostéotomie linéaire sous-trochantérienne, double redressement et extension (appareil américain). Réunion immédiate des deux plaies d'ostéotomie. Drainage; on a enlevé le drain, le huitième jour. La malade est actuellement dans l'extension.

Tumeur blanche du genou, terminée par ankylose, en flexion, chez un homme de 26 ans. Résection, redressement et immobilisation. Suture et drainage. Réunion immédiate complète.

OPÉRATIONS SUR LES TENDONS.

Sutures tendineuses. 3. — Dans un cas, il s'agit des tendons extenseurs ; dans l'autre, de tendons fléchisseurs. Suture tendineuse à la soie, suture superficielle au crin de Florence. Drainage, réunion immédiate dans les 2 cas. Le troisième cas concerne une section du tendon extenseur du médius, compliquée d'arthrite suppurée de l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante ; suture tendineuse faite après nettoyage de l'articulation et suture de la capsule ; drainage. La suppuration continue, mais la malade guérit avec conservation des mouvements.

Ténotomies sous-cutanées, 5. — Une ténotomie du tendon d'Achille, chez un petit enfant sale, a donné lieu à un abcès, à la suite du dérangement de l'occlusion. Deux autres ténotomies du tendon d'Achille, une du sterno-mastoïdien et une des adducteurs, pour redressement de coxalgie. 5 guérisons dont une avec suppuration.

Excision tendineuse du fléchisseur du pouce suivie de suture, pour doigt à ressort. Suture superficielle, drainage. Réunion immédiate complète, mais persistance de l'infirmité.

Synovite séreuse de la gaîne des péroniers. Ouverture : surface interne de la gaîne, rouge vif, liquide séreux un peu louche. Le malade n'étant pas chloroformé, n'a aucune notion des tractions assez fortes faites sur son tendon avec une pince. Excision d'une partie de la gaîne, suture en étage. Drainage superficiel. Réunion immédiate complète.

CURES RADICALES.

a). — *Hernie crurale droite.* Femme, 26 ans. S'est aperçue de sa hernie il y a cinq à six ans, ne portait pas de bandage. Diagnostic : hernie crurale irréductible, avec liquide dans le sac. Opération : pas d'épiploon ni d'intestin, liquide citrin; résection du sac, suture au catgut ; suture superficielle et drainage. Température normale. Réunion immédiate complète. Sortie le vingtième jour. Revue depuis la malade était entièrement rétablie.

b). — *Hernie inguinale gauche congénitale.* Homme. 23 ans. La hernie n'aurait jamais été réductible. Le malade a porté un bandage en 1883 pendant un an (pelote convexe). N'a jamais souffert. Opération : incision à la racine des bourses ; épiplocèle adhérente au fond du sac, qui est voisin, mais distinct de la vaginale ; sac à collets multiples ; au niveau du plus profond collet, adhérences de l'épiploon : détachement laborieux, résection de 150 grammes d'épiploon, 4 ligatures à la soie, résection du sac. Pas de suture des piliers, suture superficielle, drainage. Température normale. Phénomènes d'uréthrite et de cystite du col, tenant au réveil d'une uréthrite antérieure par un cathétérisme que le malade s'était pratiqué lui-même. Réunion immédiate complète. Sorti le quatorzième jour.

OPÉRATIONS SUR L'ANUS ET LES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Hypospadias. — Tentative de formation de la portion balanique, par renversement de la muqueuse du gland. Insuccès dû à la section de la muqueuse par les points de suture. Deuxième tentative, procédé Duplay, insuccès de même cause.

Dilatation préputiale. — Un cas.

Circoncisions. — Le procédé employé a consisté dans l'incision dorsale, suivie de la résection circulaire du prépuce. L'affrontement de la peau et de la muqueuse est obtenu, non par des serre-fines, mais par des points de suture au catgut fin, qui ont l'avantage d'empêcher le déplacement et l'hémorrhagie, et de permettre un pansement plus régulier. Trois cas, chez des enfants de 23 mois, 7 ans, et 11 ans. 3 succès complets.

Incisions de fistules anales. — Deux cas suivis de guérison.

Ablation d'hémorrhoïdes. — Au galvanocautère. Un cas, guérison.

Dilatations anales. — Quatre pour fissures, trois pour hémorrhoïdes. L'une de ces dernières présente cette particularité qu'il s'agit d'un enfant de dix ans. 7 cas, 7 guérisons.

OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES

Soins préliminaires. Les malades entrent quelques jours d'avance. Injections de sublimé, matin et soir. Pansement : tampons iodoformés, ouate phéniquée, imperméable, bandage en T.

Curettages utérins pour endométrites, l'un avec opération d'Emmet, 6 cas.

Dilatations utérines au moyen de tiges de laminaire conservées dans l'éther iodoformé. Trois cas, pour endométrites.

Ablations de polypes muqueux. 6 cas. 6 guérisons.

Ablations de polypes fibreux. 5. Dans l'un des cas, il s'agit d'une femme de cinquante ans qui avait un polype pesant 900 grammes. Ablation par morcellement, au bistouri, après torsion du pédicule (chloroforme). Guérison.

Dans un autre, il s'agit d'une vierge de 42 ans, atteinte depuis deux ans de métrorrhagies rebelles; ce n'est qu'après dilatation qu'on reconnut la présence du polype soupçonné, qui fut enlevé à l'anse galvanique. Guérison.

Les trois autres sont de petits polypes enlevés au galvanocautère.

En résumé, 20 opérations utérines, 20 guérisons opératoires, sans le moindre incident. La température n'a jamais dépassé 37°, 5.

Nous ne pouvons nous étendre sur le résultat définitif des curages et des dilatations.

Périnéorrhaphie. — Secondaire pour déchirure incomplète du périnée, pendant l'accouchement. Succès absolu.

Colporrhaphie.— Pour cystocèle un cas avec succès complet.

Colpo-périnéorrhaphies. — Pour prolapsus : Deux cas ayant donné deux résultats complets ; un avec désunion du périnée.

Ablation de polypes uréthraux. — Faites au galvanocautère ou au thermocautère. Trois cas, trois guérisons.

OPÉRATIONS DIVERSES.

Autoplasties de la Face.—*a.* Perte de substance du sillon naso-labial et de l'aile du nez, consécutive à l'ablation d'un épithélioma, succès.

b. Cicatrice de la face, adhérente à l'os molaire ; résection de la cicatrice, mobilisation des bords de la plaie, et réunion immédiate complète. Très bon résultat : la nouvelle cicatrice est linéaire et mobile.

c. Opération d'ectropion consécutif à l'ablation de papillômes. Procédé de Warthon : résultat complet.

Résections de la cloison pour déviation, avec suture consécutive de la muqueuse : guérison opératoire en quelques jours. Dans l'un de ces cas, le résultat fonctionnel a été complet, la gêne respiratoire ayant disparu ; mais dans l'autre, il y avait une déviation osseuse, et on n'a pu obtenir qu'une amélioration.

Trépanation du sinus maxillaire. — 2 cas : l'une pour hydropisie, l'autre pour abcès, 2 guérisons ; la première a été l'objet d'une des réparations suivantes.

Fermetures autoplastiques de fistules du sinus maxillaire : 2 cas. L'indication et le procédé opératoire ont été l'objet d'une communication de M. Quénu à la Société de chirurgie (juillet 1888).

Nous dirons seulement que les deux opérations datent maintenant l'une de 13, l'autre de 10 mois, et que le maintien de la guérison a été constaté.

Sutures secondaires : 4. — Grattage des bourgeons charnus, et suture avec ou sans drain.

a. Une plaie du cuirchevelu avec décollement.

b. Une plaie du sourcil.

c. Une plaie du front. Opération faite, outre les précautions antiseptiques ordinaires, avec une curette et une aiguille *neuves*. Réunion d'abord. Quelques jours plus tard, on vit se développer une ulcération de la cicatrice. Cette ulcération, rebelle à tous les traitements, finit par donner lieu à de l'adénopathie parotidienne. Ablation des ganglions qui sont caséeux, réunion immédiate. Six mois seulement après le début, sous l'influence de cautérisations répétées, cicatrisation complète de l'ulcération. Les premiers pansements avaient été défaits par l'enfant pour se gratter.

d. Une plaie de la jambe. Réunion immédiate complète. En somme trois succès complets, une désunion par ulcération tuberculeuse consécutive.

Ponctions et injections. — *Ponction et injection iodée* pour *hydrocèle enkystée du cordon.* 1. Guérison. MÊME

traitement pour 1 kyste spermatique (770 grammes de liquide). Guérison.

Ponction d'hydrocèle congénitale à des enfants en bas âge, 2 cas : dans l'un, on a fait une ponction évacuatrice ; dans l'autre, on a injecté 5 à 6 gouttes d'alcool pur. Pas d'accidents ; résultats définitifs inconnus.

Ponctions et injections d'éther iodoformé. 5. — 3 faites pour des abcès péricoxalgiques, avec un gros trocart et précédées d'un lavage aussi soigneux que possible à la solution boriquée, de façon à évacuer les grumeaux : 3 succès, soit à la première, soit à la seconde ou troisième injection ; les 3 enfants ont guéri de leur abcès et de leur coxalgie. 2, faites de la même manière pour des abcès froids non ossifluents, ont donné également 2 guérisons.

Injections interstitielles de teinture d'iode dans des goîtres, faites une quinzaine de fois, sur 2 malades. Amélioration, et aucun accident.

Opérations d'ongle incarné. — 8 faites par le procédé de M. Quénu, qui vient d'être très bien étudié par Bussat (1). Dans les huit cas, guérison rapide.

1. Thèse de Paris, 1888.

RÉSUME (1)

1° *Opérations primitives par traumatismes.*

Trépanation	1
Amputation du doigt	1
Total	2
Guérisons sans incident	2

2° *Opérations sur tissus non infectés préalablement à l'intervention.*

Ici pour ne pas multiplier les divisions, on a compté les opérations sur la bouche et le nez, sauf une trépanation de sinus maxillaire pour abcès.

Ablations de tumeurs	99
Sutures tendineuses	3
Ténotomies sous-cutanées	5
Excision de gaîne synoviale kystique	1
Amputations, désarticulations ou résections	3
Ostéotomie	1
Cures radicales de hernies	2
Opérations diverses (2)	20
Total	134

1. On n'a compté ni les ponctions, ni les dilatations uanles et préputiales.

2. Hypospadie, 1; circoncisions, 3 ; autoplasties sur la face, 3; résections de la cloison, 2; trépanation du sinus maxillaire 1; occlusions du sinus maxillaire, 2; ongles incarnés, 8

Résultats :

Guérisons sans incident	130
Guérisons après échec de la réunion	2
Insuccès par échec de la réunion	1
Guérisons après un abcès	1
Total	134

3° Opérations sur tissus infectés d'avance (suppuration, tuberculose).

Sur les parties molles	50
Sur les os ou articulations	46
Total	96

Résultats :

Parties molles. Guérisons sans incident	41
Guérisons après échec de la réunion	9
Total	50

Os et articulations. Guérisons sans incident	38
Guérisons après échec de la réunion	6
Guérisons après lymphangite	1
Insuccès (sans incident opératoire)	1
Total	46

4° Opérations gynécologiques.

En tout	28

Résultats :

Guérisons sans incident	18
Guérisons opérations sans incident, et améliorations consécutives, mais résultats éloignés encore incertains (1)	1
Insuccès partiel par défaut de réunion	1
Total	28

1 Il s'agit des curettages et dilatations de l'utérus.

En somme, sur un total de 260 opérations, nous comptons 238 guérisons sans incident, c'est-à-dire, sans le moindre accident fébrile, sans échec de la réunion, qui a pourtant été cherchée toutes les fois qu'on pouvait la tenter raisonnablement, enfin sans suppuration, sauf comme on l'a dit, dans les derniers pansements de quelques affections osseuses, suppurations toujours très légères et de très courte durée.

Il reste à dire quelques mots des 22 cas restants; nous les prendrons dans l'ordre où ils se trouvent sur notre tableau.

Opérations sur tissus non infectés d'avance. — Les deux guérisons après échec de la réunion concernent, l'une un kyste sébacé enlevé sans désinfection suffisante du cuir chevelu, l'autre une ablation de kyste synovial avec anesthésie faite au moyen d'éther impur ; dans ce cas, du reste, M. Quénu attribua l'insuccès à une autre cause : les instruments, ayant servi préalablement à des opérations de tuberculose, n'avaient subi, comme désinfection, qu'une immersion dans la solution phéniquée forte.

L'insuccès par échec de la réunion concerne l'hypospadias.

La guérison après abcès se rapporte à une ténotomie du tendon d'Achille, pratiquée au début de la fondation, alors que nous n'avions pas encore de salle d'opérations spéciale ni d'installation complète.

Opérations sur tissus infectés d'avance. — *α. Parties molles.* — Sept désunions partielles d'abcès tuberculeux, une désunion superficielle après suture tendineuse faite

sur foyer de suppuration articulaire. Une désunion de suture secondaire, résultat d'une inoculation faite par le malade. — 6. *Os et articulations.* — Les six guérisons après réunion échouée se décomposent ainsi : deux cas de carie costale où il fallut une seconde opération ; deux ostéites du tibia où il y eut désunion partielle des sutures ; une amputation du gros orteil avec son métatarsien, suivie de suppuration légère au niveau de la queue de l'incision ; enfin une résection du poignet, suivie d'ulcération tuberculeuse de la peau, et qui, je le crois, peut être considérée comm ecomme un succès remarquable. La guérison après lymphangite infectieuse, et l'origine de l'accident, qui fut d'ailleurs assez bénin pour ne pas entraver la réunion superficielle, sont indiqués. Enfin le cas rangé comme insuccès concerne une carie du cubitus, dont le grattage fut suivi à peu de jours de distance, de la repullulation des fongosités.

Opérations gynécologiques. — L'insuccès concerne une colpo-périnéorraphie qui fut suivie de désunion du périnée et de reproduction partielle du prolapsus utérin (1).

Pour être tout à fait complet quant aux accidents opératoires, nous mentionnerons un cas de *dermite* causée par le salol, et l'*érythème iodoformé*, dont les cas n'ont pas été comptés, mais se sont montrés assez fréquemment alors que nous nous servions de pansements iodoformés

1. Je dois ajouter en ce qui concerne les curages utérins, que toutes les malades sont revues, et que nous avons pu nous assurer de l'absence d'inflammations pelviennes pouvant être rapportées, même de loin à l'opération.

humides (préparés avec une assez grande quantité de glycérine). Sous les pansements secs, nous n'avons plus observé d'érythèmes. Pourtant les plaies sont toujours assez abondamment saupoudrées d'iodoforme, M. Quénu le destinant spécialement à compléter leur occlusion en formant au niveau de petits défauts, des sutures, un magma qui sert, pour ainsi dire, à *les luter*.

Vu par le Président de la thèse,
PANAS.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imprimerie des Écoles, HENRI JOUVE, 23, Rue Racine, PARIS.